



# Maintenance implantaire : l'apport de la Cfao

**Nous avons dans notre exercice des cas de prothèses implantaires à refaire alors même que le fabricant ne produit plus les pièces nécessaires à l'empreinte ou pour les étapes de prothèse. Une utilisation originale de la Cfao permet dans certains cas de s'affranchir de ces contraintes.**

La maintenance implantaire est un défi pour les années à venir. Nous savons mettre en place des implants ostéointégrés, nous maîtrisons facilement le design des prothèses implantaires grâce à la Cfao mais nous savons également que le taux de complications prothétiques est important sur le long terme [1].

Par conséquent nous devons être capables de refaire ces prothèses des années après leur pose. Le choix de la connexion de la prothèse à l'implant est souvent guidé par l'idée de réintervention. Bien qu'il soit possible de déposer tous les types de prothèses, il est assez pratique de pouvoir les dévisser. Retirer la prothèse défectueuse n'est cependant que la première étape, il faut avoir à disposition l'ensemble des pièces pour empreinte, coulée et confection de la prothèse. Ces étapes peuvent se compliquer si certaines pièces prothétiques ne sont plus commercialisées.

## DESCRIPTION DU CAS

Une patiente consulte pour une prothèse faite il y a une dizaine d'années qui présente des éclats de céramique disgracieux ; (Fig 1 et 2). À l'examen clinique et

radiologique, on note la présence d'une prothèse transviscée sur piliers coniques dans laquelle sont scellés 2 télescopes céramo-métalliques. Les éclats de céramique sont disgracieux et également gênant pour les muqueuses.

La conception de ce type de prothèse permet - en théorie - de déposer aisément les télescopes et de ne refaire que ces derniers. La réalité nous a montré dans ce cas que l'arrache-couronne ne pouvait pas être utilisé de façon sûre. Nous les avons finalement déposés en réalisant des tranchées ; (Fig.3 à 7).

Après étude, et fort de ce constat d'échec, la conception de la prothèse a été revue. Une prothèse transviscée avec armature Cfao sur les piliers coniques existants sera réalisée. En effet, la Cfao actuelle permet un design d'armature précis et une simulation poussée de la morphologie, ainsi que du soutien de céramique nécessaire à la pérennité de la prothèse.

L'analyse radiologique et du dossier de la patiente nous indique la présence d'implants 3i ; (Fig.8), et de piliers coniques « courts ». Après recherche sur catalogue et un appel chez 3i, il s'avère que ces piliers 3i et toutes les pièces nécessaires à la reconstruction de la prothèse ne sont plus disponibles à la vente.

Toutefois, 3i peut nous fournir des répliques implant/pilier qui correspondent à ceux de la patiente. La faible hauteur prothétique nécessite de conserver ces piliers courts.

À ce stade, nous avons à disposition des transferts d'empreintes actuels qui s'adaptent sur la connectique, mais qui ne reproduisent pas la partie conique. Donc nous pouvons prendre une empreinte et la couler ; (Fig.9 et 10). En revanche, nous n'avons pas les pièces pour scanner la connexion et faire de la Cfao.

Nous identifions une nouvelle ressource que met à disposition Anthogyr : la *SimedaThèque* (bibliothèque de compatibilité) soit plus de 220 plateformes implantaires compatibles avec tous les systèmes Cfao ouverts.

Le modèle est scanné ; (Fig.11-12). Anthogyr est capable ensuite de reproduire virtuellement la pièce physique (ici un transfert adapté) pour repositionner la connectique au bon endroit sur le logiciel ; (Fig.13).

Ainsi nous nous retrouvons dans la situation habituelle de Cfao. À ce stade, il ne reste plus qu'à réaliser la chape puis la finition ; (Fig 14).

Grâce à la connaissance précise de l'outil Cfao et la *SimedaThèque Anthogyr*, nous avons pu recréer une prothèse aussi facilement qu'à notre habitude.

Ce procédé original est reproductible, au cas par cas, à condition d'avoir *a minima* les analogues.

À partir de cela il sera possible de recréer un transfert en modifiant un pilier par exemple.



## CV FLASH

Protocole  
réalisé par le



**Dr Emmanuel  
BELHASSEN**

- Chirurgien-dentiste (Val-de-Marne)
- CES de parodontologie
- DU clinique d'implantologie chirurgicale et prothétique (Paris VII)

• @ : dr.emmanuelbelhassen@gmail.com



## RÉFÉRENCES

- 1 - PJETURSSON BE, TAN K, LANG NP, BRÄGGER U, EGGER M, ZWAHLEN M. : « A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Fixed Partial Dentures (FPDs) after an Observation Period of at Least 5 Years ». *Clin Oral Implants Res.* 2004 Dec;15(6):625-42.

## RENSEIGNEMENTS

**ANTHOGRYR**

Tél. : 04 50 58 02 37

@ : contact@anthogyr.com

3w : anthogyr.fr

## LE PROTOCOLE



Fig.1



Fig.2



Fig.3

Fig.1-2 : Situation initiale. Fig.3 à 7 : Dépose des vis et prothèses. Fig.8 : Radiographie initiale. Fig.9 : Prise d'empreinte avec transfert actuel adapté au pilier conique mais ne reproduisant pas exactement la connectique ancienne. Fig.10 : Modèle en plâtre. Fig.11 : Réalisation de l'armature en résine.



Fig.4

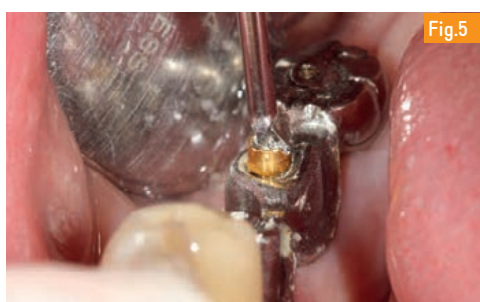


Fig.5



Fig.6



Fig.7

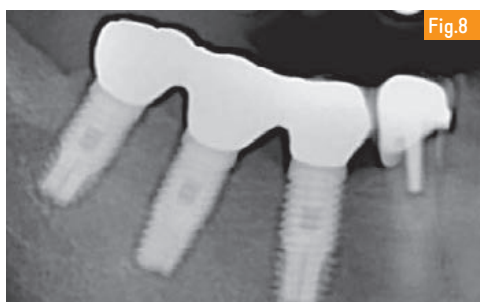


Fig.8



Fig.9



Fig.10



Fig.11 et 12

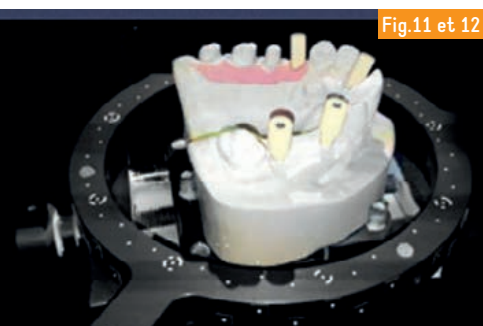


Fig.12 : Scannage de l'empreinte. Fig.13 : Repositionnement numérique des deux scans permettant l'obtention d'un modèle de travail numérique. Fig.14 : Prothèse finale.

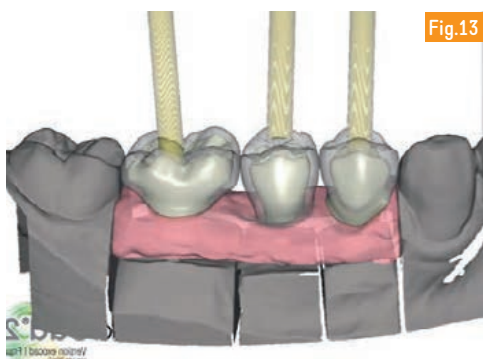


Fig.13



Fig.14